

## Checkliste Jobcoaching<sup>AP</sup>

Voraussetzung für die Durchführung einer Jobcoaching<sup>AP</sup>-Maßnahme:

- Schwerbehinderung muss anerkannt sein oder Gleichstellung muss vorliegen
- Arbeitsplatz mit mindestens 15 Wochenstunden, im Inklusionsbetrieb 12 Wochenstunden, Fälle mit dem Budget für Arbeit sind nicht anspruchsberechtigt
- Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sowie Beamtinnen oder Beamte, andere Beschäftigungsverhältnisse sind vorab mit der Jobcoaching-Steuerung (JoSt) des Integrationsamtes abzuklären
- Bedarf an Jobcoaching<sup>AP</sup> muss vorliegen

Die Anhänge werden von der KooSt gesondert an IFD und Jobcoach versandt. Unterlagen, die der IFD mit dem Einschaltbogen einreichen muss:

(Abschnitt 1: Einschaltung IFD):

- Feststellungsbescheid des Versorgungsamtes
- Schwerbehindertenausweis/Gleichstellungsbescheid
- Nachweis über die Beschäftigung (Arbeitsvertrag, Urkunde über das Beamtenverhältnis, Bescheinigung der Personalstelle...)
- Antrag auf Jobcoaching<sup>AP</sup> (Infoschreiben sbM Jobcoaching)

Unterlagen, die der IFD nach dem Kennenlerngespräch einreichen muss (Abschnitt 5):  
(Hinweis: ggf. noch vor Abschnitt 5, wenn Jobcoach den Einschaltbogen vor dem Kennenlerngespräch benötigt.)

- Entbindungserklärung
- Abtretungserklärung

Unterlagen, die der Jobcoach mit der Maßnahmeplanung einreichen muss (Abschnitt 6):

- Vereinbarung zur Zusammenarbeit
- Leistungsnachweis (inkl. Berichtszeiten)

Unterlagen, die der Jobcoach nach der Bewilligung einreichen muss (Abschnitt 8):

- Zu Beginn jeden Monats einen Leistungsnachweis

Beim Ausfüllen des 1. Abschnitts des Falldokumentes durch den IFD sollte der Arbeitgebende bereits über den Ablauf der Maßnahme informiert sein und dem grundsätzlich positiv gegenüberstehen.

Adresse sbM:

Ihr Zeichen, Ihre Nachricht vom

Mein Zeichen, meine Nachricht vom

Telefon, Name

Datum

### **Leistungen aus Mitteln der Ausgleichsabgabe**

Berufsbegleitung in Form eines Jobcoaching<sup>AP</sup> (Jobcoaching am Arbeitsplatz)

Sehr geehrte Frau

der Integrationsfachdienst (IFD) berät und unterstützt berufstätige schwerbehinderte sowie diesen- gleichgestellte Menschen bei der beruflichen Teilhabe (Unterstützung zur Sicherung bzw. zu Beginn neuer Arbeitsverhältnisse).

Der IFD kann nur im Auftrag des Integrationsamts, eines Trägers zur Arbeitsvermittlung (Arbeitsagen- tur, ARGE oder kommunaler Träger) oder eines Rehabilitationsträgers auf der Grundlage des Sozial- gesetzbuches IX unter Fortbestand der Fallverantwortung dieses Leistungsträgers tätig werden. Für Sie ist das Integrationsamt **bitte auswählen** zuständig.

*(Hier bitte auswählen: Standort Hildesheim, Oldenburg oder Osnabrück)*

Neben dieser beruflichen Begleitung ist zur bestmöglichen Sicherung Ihres Arbeitsplatzes die Durchführung einer Jobcoaching<sup>AP</sup>-Maßnahme geplant.

In Niedersachsen wurden in einem Modellprojekt Standards für das Jobcoaching<sup>AP</sup> entwickelt und er- probt; dieses Modellprojekt wurde durch die Hochschule für Wissenschaft und Kunst (HAWK) in Hil- desheim wissenschaftlich begleitet und evaluiert. Seit Januar 2024 wird im Rahmen des Anschluss- projektes „Jobcoaching für Niedersachsen - Ergebnis und Nachhaltigkeit (JoNi)“ die Ergebnisqualität und Nachhaltigkeit von der Jobcoaching<sup>AP</sup> Maßnahme wissenschaftlich überprüft.

Über die Beauftragung des IFD hinaus wird eine Falldokumentation Jobcoaching<sup>AP</sup> angelegt, die zwi- schen dem IFD, der Jobcoaching<sup>AP</sup>-Koordination beim IFD in Cloppenburg und Osnabrück und dem Integrationsamt ausgetauscht bzw. weitergeleitet wird. Der genaue Ablauf wird Ihnen in der Ber- atung zur Beauftragung, zur Dokumentation und zum Sozialdatenschutz vorgelegt und erläutert. Die erforderlichen Daten werden auf dem im Verlauf der Falldokumentation vorgesehenen Weg elektro- nisch übermittelt. Dies erfolgt selbstverständlich nur auf datenschutzrechtlich sicheren Wegen. Dane- ben werden der HAWK Daten für die Erstellung der Studie in anonymisierter Form übermittelt.

Alle Beteiligten haben sich, soweit sie nicht ohnehin den strengen Vorschriften des Sozialdatenschut- zes nach dem Sozialgesetzbuch unterliegen, dazu verpflichtet, diesen einzuhalten. Dies gilt auch für die wissenschaftliche Auswertung, welche ausschließlich anonymisiert erfolgt und keinen Rück- schluss auf einen Einzelfall zulässt. Es besteht Schweigepflicht über alle bekanntwerdenden persönli- chen und betrieblichen Verhältnisse. Der IFD trägt dafür Sorge, dass nur die erforderlichen Daten sowie die für die Falldokumentation Jobcoaching<sup>AP</sup> erforderlichen Daten erhoben und gespeichert werden (Datensparsamkeit) und dass ein Verlust der Daten organisatorisch und technisch ausge- schlossen ist (Datensicherheit).

Die Kontaktaufnahme mit Dritten (Arbeitgebern, Ärzten, Rehabilitationseinrichtung usw.) durch den Integrationsfachdienst und im späteren Zeitpunkt mit dem Jobcoach erfolgt nur mit Ihrem Einverständnis. Gleiches gilt für die Durchführung des sogenannten Matchings, durch welches ermittelt wird, welcher der passendste Jobcoach ist.

Sie haben selbstverständlich die Möglichkeit, der Erfassung Ihrer Daten, der Weitergabe wie im Falldokument vorgesehen, sowie der Nutzung für die anonymisierte Auswertung im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung, zu widersprechen.

Mit Erhalt dieses Informationsschreibens werden Sie gebeten, mitzuteilen, ob Sie mit der Weiterleitung der Daten an die Jobcoaching<sup>AP</sup>-Koordination und die HAWK einverstanden sind. Ein Antwortschreiben ist in der Anlage beigelegt.

Gleichzeitig haben Sie die Möglichkeit, damit den Antrag auf Bewilligung der Kostenübernahme zu stellen. Dies kann aber auch gerne formlos gesondert erfolgen.

Mit freundlichen Grüßen  
Im Auftrage

Rückantwort zum Informationsschreiben:

Niedersächsisches Landesamt für Soziales, Jugend und Familie  
Domhof 1  
31134 Hildesheim

**Durchführung der Berufsbegleitung in Form einer Jobcoaching<sup>AP</sup>-Maßnahme**

Ich,

**Name, Vorname**

Geburtsdatum,

Adresse

erkläre, dass ich mit der Weiterleitung meiner Daten bzw. des Falldokumentes an die Jobcoaching<sup>AP</sup>-Koordination bei den IFD Cloppenburg und IFD Osnabrück einverstanden bin. Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass meine Daten bei den IFD Cloppenburg und IFD Osnabrück von der Koordinierung in anonymisierter Form an die HAWK Hildesheim im Rahmen des Forschungsprojektes „Jobcoaching für Niedersachsen - Ergebnis und Nachhaltigkeit (JoNi)“ weitergeleitet werden. Diese Erklärung umfasst nur mein Einverständnis zu dem vorgesehenen und mir erläuterten Verfahrensablauf insbesondere aus der Falldokumentation.

Auf die Möglichkeit, mein Einverständnis jederzeit zu widerrufen, bin ich hingewiesen worden. Ich bin auch darauf hingewiesen worden, dass ohne meine Einverständniserklärung die Durchführung einer Jobcoaching<sup>AP</sup>-Maßnahme nicht möglich ist.

**Antrag auf Bewilligung der Kostenübernahme für das Jobcoaching<sup>AP</sup>**

Hiermit beantrage ich die Kostenübernahme für das Jobcoaching<sup>AP</sup>.

Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (sbM)

Niedersächsisches Landesamt für Soziales, Jugend und Familie  
Domhof 1  
31134 Hildesheim

**Antrag auf Bewilligung der Kostenübernahme für die Verlängerung des Jobcoaching<sup>AP</sup>**

Hiermit beantrage ich

**Name, Vorname**

Geburtsdatum,

Adresse

die Kostenübernahme für eine Verlängerung des Jobcoaching<sup>AP</sup>.

Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (sbM)

## Informationspflichten nach Art. 13 und 14 der Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) in Verbindung mit § 82 und 82a SGB X

Der Integrationsfachdienst (Name Träger)- verarbeitet Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung seiner gesetzlichen Pflichten und Aufgaben. Diese wurden ihm mit öffentlich-rechtlichem Vertrag durch das Niedersächsische Landesamt für Soziales, Jugend und Familie -Integrationsamt – übertragen.

Dazu gehören Daten, welche Sie uns zur Verfügung stellen oder welche wir von Dritten über Sie erhalten. Mit der nachfolgenden Datenschutzerklärung erläutern wir Ihnen die Datenverarbeitung und informieren Sie über Ihre Rechte als Betroffene.

Kontaktdaten des Verantwortlichen:

Name Träger:

Straße:

PLZ und Ort:

Weitere Informationen können Sie unserer Internetseite entnehmen.

Beim Integrationsfachdienst wird die Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen und dieser Erklärung durch unsere Datenschutzbeauftragten überwacht. Wenn Sie Fragen hinsichtlich der Verarbeitung Ihrer persönlichen Daten haben, können Sie sich direkt an sie wenden.

Kontaktdaten der Datenschutzbeauftragten:

(Datenschutzbeauftragte) des Trägers:

Straße:

PLZ und Ort:

### Allgemeine Hinweise zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten:

Der Schutz Ihrer persönlichen Daten ist dem Integrationsfachdienst wichtig und wird von uns sehr ernst genommen. Deshalb verarbeitet der Integrationsfachdienst Ihre Daten unter Einhaltung der einschlägigen Datenschutzgesetze und -vorschriften der europäischen Union, der Bundesrepublik Deutschland und des Landes Niedersachsen. Unsere Mitarbeiter sind im Umgang mit personenbezogenen Daten geschult und schriftlich auf die Einhaltung der Datenschutzvorschriften verpflichtet worden.

Zweck/Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten:

Ihre Daten werden im Rahmen der Aufgabenwahrnehmung nach Kapitel 7, §§ 192 - 198 SGB IX erhoben und verarbeitet. Rechtsgrundlage hierfür sind die Art. 6 ff. DSGVO in Verbindung mit §§ 67a ff. SGB X.

Dauer, für die Ihre personenbezogenen Daten gespeichert werden:

Akten sind grundsätzlich nach Ablauf der Aufbewahrungsfrist von 5 Jahren auszusondern und unter Wahrung des Datenschutzes zu vernichten. Die Aufbewahrungsfrist beginnt, wenn die Kenntnis der personenbezogenen Daten für den Integrationsfachdienst zur rechtmäßigen Erfüllung seiner Aufgaben nicht mehr erforderlich ist. Diese Regelung gilt auch für elektronisch gespeicherte Daten. Empfänger

der personenbezogenen Daten:

Es ist möglich, dass Ihre Daten nach § 69 SGB X an Dritte weitergegeben werden, soweit dies für die Leistungsbewilligung erforderlich ist.

Werden für die Leistungsbewilligung weitere Unterlagen (z. B. ärztliche Gutachten oder amts-/fachärztliche Stellungnahmen) angefordert oder weitergegeben, erfolgt dies nur aufgrund einer gesonderten Einwilligungserklärung, die Sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen können.

### Ihre Rechte als betroffene Person

#### Auskunft

Jede betroffene Person hat nach Art. 15 DSGVO in Verbindung mit § 83 SGB X jederzeit unentgeltlich das Recht auf Auskunft über die sie betreffenden personenbezogenen Daten.

#### Löschung

Jede betroffene Person kann nach Art. 17 DSGVO in Verbindung mit § 84 SGB X die Löschung ihrer personenbezogenen Daten verlangen.

Dabei ist zu beachten, dass gesetzliche Aufbewahrungspflichten des Landes Niedersachsen dazu führen können, dass die Daten erst nach Ablauf einer Frist endgültig gelöscht werden können.

Darüber hinaus kann der Antrag auf Datenlöschung dazu führen, dass die berufliche Begleitung im Rahmen der Teilhabe am Arbeitsleben nicht (weiter) erfolgen kann.

#### Berichtigung

Jede betroffene Person kann nach Art. 16 DSGVO in Verbindung mit § 84 SGB X die Berichtigung ihrer personenbezogenen Daten verlangen.

#### Einschränkung der Verarbeitung

Jede betroffene Person kann unter den Voraussetzungen nach Art. 18 DSGVO in Verbindung mit § 84 SGB X die Einschränkung der Verarbeitung ihrer personenbezogenen Daten verlangen.

#### Widerspruch

Jede betroffene Person kann nach Art. 21 DSGVO in Verbindung mit § 84 SGB X gegen die Verarbeitung sie betreffender personenbezogener Daten Widerspruch einlegen.

#### Beschwerde

Jede betroffene Person hat nach Art. 77 DSGVO in Verbindung mit § 81 SGB X ein Beschwerderecht bei der zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde.

Hierzu wenden Sie sich bitte an:

**Landesbeauftragten für den Datenschutz, Prinzenstraße 5, 30159 Hannover**  
Evtl. ergänzen bei kirchlichem Träger

# Entbindungserklärung

## 1. Angaben zu Ihrer Person

Name:		
Vorname:		
Geburtsdatum:		
Straße, Hausnummer:		
Postleitzahl, Wohnort:		

## 2. Entbindung von der Schweigepflicht

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der nachfolgend genannte Integrationsfachdienst (IFD)

Name IFD:		
Straße, Hausnummer:		
Postleitzahl, Ort:		

die für meine Jobcoaching<sup>AP</sup>-Maßnahme **erforderlichen** Angaben und Sozialdaten dem Jobcoach

Name, ggf. Träger:		
E-Mail:		
Telefonnummer:		

zur Verfügung stellt.

Diese Erklärung erstreckt sich, soweit ich meinen Antrag nicht beschränkt habe, auch auf Unterlagen über

psychiatrische  psychoanalytische  psychotherapeutische Untersuchungen / Behandlungen.

**Die Weitergabe einzelner Daten an Dritte (z.B. Arbeitgeber, Agentur für Arbeit, Rentenversicherungsträger) kann im Einzelfall nur nach weiterer vorheriger Absprache mit mir und mit meiner ausdrücklichen Einwilligung erfolgen.**

**Ich habe das Recht, diese Erklärung einzuschränken. Raum für eine etwaige Einschränkung des Einverständnisses (ggf. ein gesondertes Blatt verwenden):**

**Das Merkblatt mit ausführlichen Informationen zum Datenschutz habe ich erhalten und stimme diesem zu.**

**Ich kann diese Einverständniserklärung jederzeit für die Zukunft widerrufen.**

**Vorstehende Erklärung ist ein höchst persönliches Recht und daher ausschließlich von der Antragstellerin/ dem Antragsteller, der gesetzlichen Vertreterin/dem gesetzlichen Vertreter, der Betreuerin/dem Betreuer, nicht aber von der/dem Bevollmächtigten zu unterschreiben:**

.....				
(Datum)	Unterschrift als	Antragsteller/in	Gesetzliche/r Vertreter/in	Betreuer/in





## Name, Anschrift des schwerbehinderten Menschen

Niedersächsisches Landesamt  
für Soziales, Jugend und Familie  
Integrationsamt  
Domhof 1  
31134 Hildesheim

## Abtretungserklärung

**Leistungen aus Mitteln der Ausgleichsabgabe**

**Durchführung einer Jobcoaching<sup>AP</sup>-Maßnahme**

Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

Fallnummer: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse

Ich bin damit einverstanden, dass der Jobcoach bzw. die Jobcoachin

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Adresse

die erbrachte Leistung direkt mit dem Integrationsamt abrechnet. Insoweit trete ich meinen Anspruch auf Ausgleich der bewilligten Kosten an die o.g. Dienstleister ab. Sofern eine Verlängerung der Maßnahme beantragt wird, trete ich auch für diesen Zeitraum meinen Anspruch auf Ausgleich der zu bewilligenden Kosten die o.g. Dienstleister ab.

Voraussetzung ist die persönliche Gegenzeichnung der geleisteten Einsatzstunden unter Darlegung der jeweils geleisteten Einsatzzeiten in dem Vordruck „Leistungsnachweis“.

Ich kann diese Erklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift